

# SERDÜLŐK LELKI EGÉSZSÉGE

A MAGYAR ISKOLÁSKORÚ FIATALOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK  
ALAKULÁSA 2002 ÉS 2010 KÖZÖTT

**A**SERDÜLŐKOR BIOLÓGIAI, PSZICHÉS ÉS SZOCIÁLIS szempontból is jelentős változásokkal járó, sérülékeny életszakasz. Az átmenet gyermek- és felnőttkor között befolyásolja a fiatalok érzelmeit, viselkedését, testi és lelki egészségét. Tanulmányunkban e sérülékenység lehetséges háttérmechanizmusairól, neurobiológiai magyarázatairól számolunk be, és bemutatjuk a fiatalok lelki egészségével kapcsolatos kutatásunk hazai és nemzetközi adatait. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló kutatás a 11–18 éves korosztály fizikai és mentális egészségével kapcsolatos mutatókat és azzal összefüggő pszicho-szociális tényezőket négyévente, országosan reprezentatív mintákon vizsgálja. Az elméleti bevezetés után ismertetjük, hogy a HBSC-ben vizsgált mutatók mentén milyen értékek jellemezték a magyar serdülőket a legutolsó, 2010-es adatfelvétel során. Az adatokat nemzetközi viszonylatban is elhelyezzük, és beszámolunk arról, hogy 2002 és 2010 között a serdülők egészségében milyen változásokat tapasztaltunk. A mentális egészség háttértényezőinek és serdülőkre jellemző értékeinek megismerése segítheti a pedagógusokat abban, hogy a rájuk bízott kamaszok jóllétét minél hatékonyabban védhessék, fejleszthessék.

## A serdülőkori pszichés változások neurobiológiai háttere

A serdülőkori az emberi élet képlékeny szakasza, amely alatt a gyermekből felnőtt „formálódik”. Ez a természetes átmenet még a szeretetben nevelt, adaptív viselkedésmintákat elsajátított fiatalok számára is nehéz folyamat. A serdülőnek meg kell szoknia, hogy teste átalakul, egyre felnőttesebb szerepviselkedést, önálló döntéshozatalt és felelősségvállalást kívánnak meg tőle, valamint hogy szüleihez és kortársaihoz való viszonyulása megváltozik. Ezen a bonyolult bio-pszicho-szociális változásrendszeren „átkelve” a serdülő feladata, hogy optimális önértékelést alakítson ki, stabil (felnőtt) identitást hozzon létre, és megtalálja az önálló élethez szükséges szerepeket, kialakítsa az azokat felépítő viselkedésrepertoárt. Ugyanakkor mindenki, aki serdülőkkel foglalkozik, megfigyelheti, hogy ebben a korszakban a felnőtté formálódó gyermek nagy érzelmi ingadozásokat él át, és hajlamos lehet kockázatos viselkedésformák – például dohányzás, alkohol- vagy tiltottszer-fogyasztás, védekezés nélküli szexuális kapcsolat – kipróbálására. Miért vannak a serdülők jobban kitéve ezeknek a veszélyeknek, mint más korosztályok?

A biológiai változások motorja a hormonális rendszer beindulása, amelynek hatására serdülőkorban felgyorsul a növekedés, kialakulnak a másodlagos nemi jelek és a reprodukív képesség. A saját test átalakulása – például a hirtelen megváltozó testméretek, testarányok, a mutálás, a másodlagos nemi jelek kialakulása – erőteljesen hat a serdülő énképére, önértékelésére. Serdülőkorban a testi átalakulással párhuzamosan, azzal kölcsönhatásban a központi idegrendszer is strukturális és működésbeli változásokon megy át. Ezek a változások magyarázatot adnak a serdülőkorúak érzelmi sebezhetőségére és kockázatviselkedéseknek való kitettségére is.

A serdülő agyi feldolgozási folyamatai diffúzabbak és kevésbé összehangoltak, mint a felnőtteké. Ez ahhoz vezet, hogy az egyes agyterületek serkentő és gátló folyamatai – a motivált viselkedés háttérmechanizmusai – kiegyensúlyozatlanok, a szabályozási folyamatok gyengébbek. *Sturman és Moghaddam (2011)* szerint a társas viselkedés kamaszkori változása azoknak az agyi hálózatoknak a fejlődésével állítható párhuzamba, amelyek a szociális ingerek felismeréséért, valamint a kognitív és affektív feldolgozás integrációjáért felelősek. A kockázatos viselkedés lehetséges magyarázata, hogy a veszélyek keresését serkentő, „jutalmazó” kéregalatti területek erősebben aktiválódnak, mint a viselkedés kontrolljáért felelős agyi struktúrák. Sőt általában is elmondható, hogy az érzelmeket mozgósító limbikus rendszerhez képest az érzelmeket és a kognitív tevékenységet összehangoló prefrontális terület érése csak később indul be: részben ennek tulajdonítható a serdülőkori erős hangulatingadozás.

## Identitás, önértékelés, hangulat és egészség

A serdülőkor legfontosabb feladata *Erikson (2002)* fejlődésmodelljében a (felnőtt) identitás kialakítása és megszilárdítása. Az identitás az önazonosság tudata: koherens és időben folytonos kép, narratíva saját magunkról. Felnőttté válásunk során olyan vonatkoztatási keretet hozunk létre, amelyben saját személyiségünk a viszonyítási alap a külvilág dolgaihoz és más személyekhez képest. Ez a referenciakeret az identitás. A helyét, szerepét, kortársi csoportban való társas pozícióját kereső, identitása kialakításán „dolgozó” serdülő különösen érzékenyen reagál a társas ingerekre: a kirekesztésre és az elfogadottságra.

A stabil, érett önazonosság az önértékelés magas szintjével jár együtt, és fordítva: a jó önbecslésű embereknek egyértelmű, jól megformált és konzisztens képük van önmagukról. Az önértékelés *Leary (1995)* szerint olyan precíziós mérőműszer („szociométer”), amely szubjektív belső jelölőként kifejezi pillanatnyi társas helyzetünket. Serdülőkorban az egyén és környezete (család, barátok, osztálytársak) közötti kapcsolat dinamikusan változik, ami az önértékelés mellett hatással van általános közérzetére, szubjektív jóllétére is.

A depresszív hangulat a depressziónál enyhébb, változatos tünetekből álló szindróma, melynek része lehet a szomorúság, levertség, ingerlékenység, halálvágy

(Gádos 1996). Fontos azonban, hogy egy-két ilyen tünet időnkénti megjelenése a serdülőkori hangulatingadozás természetes velejárója. A kutatók több nagy elemszámú, longitudinális kutatásban és metaelemzésekkel is vizsgálták az önértékelés és a depresszív hangulat viszonyát, és megállapították, hogy az önértékelés romlása és a depresszív hangulat kialakulása kölcsönös, egymást erősítő folyamatok (Orth et al 2008).

Az önértékeléssel ugyancsak erősen összefügg – és a mentális egészség fontos aspektusa – az étellel való elégedettség. Mindenki arra törekszik, hogy életkörülményeit az optimumon tartsa. A kedvezőnek ítélt szint alá süllyedés negatív érzéseket kelt. Így az étellel való elégedettség a depresszív hangulattal is kapcsolatban van. Az önértékelés elméletalkotói szerint az énr vonatkozó pozitív értékelés szükséges ahhoz, hogy általános jóllétünket is kedvezőnek minősítsük (Diener és Lucas 1999). Amellett, hogy a serdülők önértékelési szintje, hangulata és étellel való globális elégedettsége szorosan összefügg, e mutatók megjósolják számos egészségkártató és egészségvédő magatartásforma, például a tiltottszer-használat (Zullig et al 2001) vagy a rohamszerű ivási epizódok megjelenését (Chassin et al 2002), illetve a fizikai aktivitás magas szintjét és a jó iskolai teljesítményt (Tremblay et al 2000). A serdülőkori kedvezőtlen mentális egészségi mutatók felnőttkori problémákat is előrevetítenek, például a fiatalok depresszív hangulata szignifikánsan összefügg a felnőttkori hangulatzavarokkal (Orth et al 2008). Ezért is (volna) kitüntetetten fontos a serdülők mentálhigiénés védelme.

A serdülőkori fejlődés nehézségeivel való sikeres megküzdés és a felnőttkorba való átmenet záloga a fiatalok testi, lelki és szociális jólléte. „Jóllét” (well-being) alatt azt értjük, hogy valaki kognitív és affektív szempontból kedvezően ítéli meg életminőségét (Diener 2000). A jóllét legkifejezőbb mutatói az egészségi állapot és a közérzet szubjektív minősítése. A testi változások, a viszonylagos neurobiológiai éretlenség és a fokozott önfigyelés is hozzájárul a serdülők fizikai és lelki tünetképzéséhez, érzelmi problémáihoz, hangulatingadozásaihoz. Ezeket az ok-okozati összefüggéseket befolyásolja a fiatalok neme, korosztálya, valamint családi jómódúsága, amelynek a serdülők egészségével való összefüggése a nemzetközi kutatás egyik kiemelt területe (Currie et al 2008). Elemzéseinkben ezeket a szempontokat is alkalmazzuk.

## HBSC

A HBSC az egyik legrégebben folyó, legnagyobb mintájú és legkiterjedtebb, serdülőkkel foglalkozó nemzetközi kutatási projekt. A kutatás célja a fiatalok önműsített egészségi állapotának, szubjektív jóllétének vizsgálata országos és nemzetközi szinten. A négyévente ismétlődő, kérdőíves adatgyűjtés lehetőséget nyújt arra is, hogy vizsgáljuk az iskoláskorú gyermekek egészségi állapotának időbeli változásait (trendjeit) is. A kutatás eredményeit a WHO mellett számos nemzet-

közi és helyi döntéshozó, stratégiai feladatokkal megbízott hatóság felhasználja egészségpolitikai döntések előkészítésében, a végrehajtott egészségfejlesztő programok értékelésére.

A kutatás az 1983/84-es tanévben indult, s az 1985/86-os tanévben már 13 ország – az akkori szocialista államok közül egyetlenként Magyarország is – bekapcsolódott a vizsgálatba. A legutóbbi, 2009/2010-es tanévben lebonyolított adatgyűjtés 43 európai és észak-amerikai országra terjedt ki. A magyarországi iskoláskorú fiatalok vizsgálatát az Országos Gyermkegészségügyi Intézetben működő kutatócsoport végzi.

## Minta és módszer

A nemzetközi kutatás célcsoportja a 11,5, 13,5 és 15,5 év átlagéletkorú iskolai tanulók. A hazai iskolarendszer sajátosságai miatt Magyarországon a kutatás a 17,5 évesekre is kiterjed. A mintaválasztás rétegzett, többlépcsős eljárással történik. Ezzel biztosítjuk, hogy az ország minden földrajzi régiója, iskola- és településtípusa, valamint a kijelölt korcsoportok megfelelő arányban legyenek képviselve.

Az adatfelvétel anonim módon, önkitöltős kérdőívvel, osztálytermi környezetben történik. A szubjektív jóllét, mentális egészség a nemzetközi vizsgálat kitüntetett területe, annak számos vonatkozására kiterjed.

Egyik legfontosabb mutató ebből a szempontból a diákok *önminősített egészségi állapota*, amelyet a válaszoló kitűnőnek, jónak, megfelelőnek vagy rossznak értékelhet. Az első két válaszlehetőséget összesítve a kedvező, a második kettőt a kedvezőtlen egészségi állapot indikátorának tekintjük.

Monitoroztuk egyes *testi és lelki tünetek*, (például a fej-, gyomor- és hátfájás, illetve kedvetlenség, idegesség, fáradtság) megjelenését az elmúlt fél év során. A pszichés és szomatikus tünetek gyakorisága szerint pontozott skála lehetséges pontszáma: 9–45.

Mértük továbbá az *élettel való elégedettséget*, az úgynevezett Cantril-létra (*Cantril 1965*) alkalmazásával: egy 0 (a lehető legrosszabb élet) és 10 (a lehető legjobb élet) közötti vizuális analóg skálán kell értékelniük a tanulóknak saját életkörülményeiket. Átlag alatti vagy átlagos elégedettségűnek a 0–5 pontot elérőket tekintjük, míg a 6–10 pontot jelölő tanulók alkotják az átlag feletti kategóriát.

A magyar kutatócsoport a hangulat és az önértékelés mérésére az alábbi hazai fejlesztésű eszközöket is használta, amelyek érvényességi és megbízhatósági vizsgálata már korábban megtörtént.

A *depresszív tüneteket* a Gyermek Depresszió Kérdőív (*Kovacs 1985*) rövidített változatával vizsgáltuk. Ez nyolc tételből áll, amelyek a depresszív hangulat jellegzetes tüneteit (pl. szomorúság, döntésképtelenség, öngyilkossági gondolat) tartalmazzák. A Gyermek Depresszió Skálán (CDI) 0–16 közötti pontszámot lehet elérni. 0–1 pont a depresszív hangulat hiányát, 2–3 pont zavart hangulatot, 4 vagy több

pont depresszív hangulatot valószínűsít (Rózsa *et al* 1999). Fontos megjegyezni, hogy a CDI pontszámok alapján nem adható pszichiátriai diagnózis, a skálának csak becslő, szűrő funkciója van.

Az önbecslés monitorozására Rosenberg (1965) 10 tételes skáláját alkalmaztuk. A mérőeszközök a jelen vizsgálat során is megbízhatónak minősültek. A skála lehetséges pontszáma 10–40; a 25 pontnál kevesebbet elérő válaszadókat tekintjük alacsony önértékelésűnek (Isomaa *et al* 2012).

Az önminősített egészséget, a tünetek megjelenését és az élettel való elégedettséget minden évfolyamban vizsgáltuk. A CDI-t és az önértékelési skálát csak a 7., 9. és 11. évfolyamos tanulókkal vettük fel.

A gyermekek *családi jómódúságát* – háttérváltozóként – a HBSC kutatócsoport által kidolgozott négy tételes mérőeszkőzzel (Currie *et al* 2008) vizsgáltuk: elemeztük, hogy a mentális egészség mutatóiban van-e különbség a különböző jómódúsági kategóriákba tartozó családok gyermekeinél.

A 2010-es felmérés során 358 iskola 416 osztályából 8096 (51,7 százalék fiú, 48,3 százalék lány) tanuló adatát dolgoztuk fel. Ez a minta az azonos életkorú magyar populáció 1,73 százaléka.

A leíró adatok elemzése mellett különböző statisztikai próbákat végeztünk a nemi, évfolyam és családi jómódúság szerinti különbségek, illetve az időbeli trendek feltárására. Amikor „különbséget” vagy „eltérést” említünk, ez mindig statisztikai értelemben vett ( $p < 0,05$ ) szignifikanciát jelent.

## A magyar serdülők mentális egészsége 2010-ben

### *Önminősített egészség*

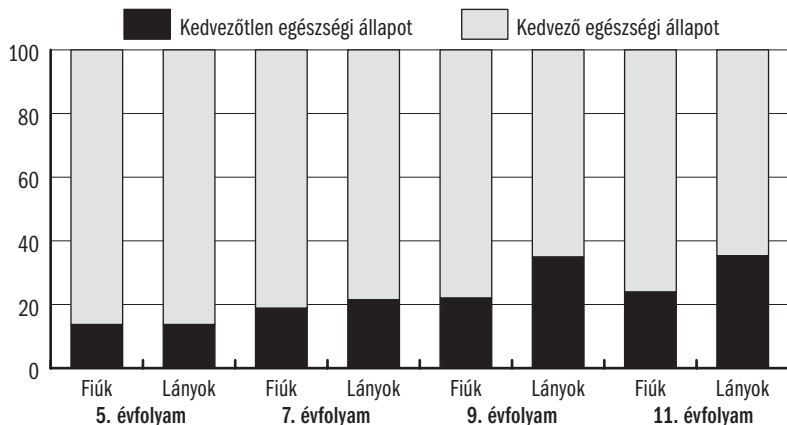
A 11–18 éves tanulók nagyobb része egészségi állapotát kedvezőnek (kitűnőnek vagy jónak) minősítette a 2010-es felmérés során. Kisebb részük – a fiúk ötöde, a lányok valamivel több, mint negyede – kedvezőtlennek (megfelelőnek vagy rossznak) értékelte egészségét. A nemi különbséget vizsgálva csak a középiskolai tanulóknál tapasztaltunk szignifikáns eltérést: a lányok nagyobb arányban tartották egészségüket kedvezőtlennek, mint a fiúk. Az idősebb korcsoportokban a kedvezőtlen egészségi állapotról beszámoló aránya évfolyamonként egyre magasabb (1. ábra).

Nemzetközi összehasonlításban a 11 éves fiúkra és lányokra vonatkozó magyarországi adatok megközelítik a HBSC átlagértéket (az egészségüket kedvezőtlennek tartó lányok aránya 13 százalék, a fiúké 12), így hazánk ebből a szempontból a részt vevő országok középmezőnyébe tartozik. Az idősebb korosztályok adatai sokkal negatívabb képet mutatnak: a 15 évesek esetében Magyarország a harmadik legmagasabb értéket mutatja a megfelelő vagy rossz egészségű tanulók arányát illetően.

A legutóbbi nemzetközi vizsgálatban Magyarország esetében is kimutatható volt – mind a lányok mind a fiúk esetében –, hogy a kedvezőtlen egészségi állapot előfordulása a jobb körülmények között élő családok gyermekeinél alacsonyabb. A

fiúk esetében mintegy 10, a lányoknál 15 százalékos különbség van a kevésbé jó-módú és a jó-módú családok között (Currie et al 2012).

1. ábra: Az egészségi állapotukat kedvezőnek/kedvezőtlennek minősítők aránya (% , N = 8029)



### Testi-lelki tünetek

Az egész minta átlaga a 2010-es felmérés során az összesített tüneteskálán 20,32 (szórás = 7,50). A lányok szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el, mint a fiúk, és több tünetről számolnak be, mint fiú osztálytársaik. A magasabb évfolyamokon tanuló lányok körében a tünetek előfordulása rendre gyakoribb.

Az egyes tüneteket elemezve megállapítottuk, hogy a fiúknál és a lányoknál mindegyik osztályban magas a kedvetlenség, az idegesség és a fáradtság előfordulása. A gyakori fáradtság 9. és 11. osztályban lányoknál, fiúknál egyaránt kiugró, de már az 5. és 7. osztályosok kb. harmada is panaszodik hetente többszöri fáradtságérzésről (1. táblázat). A pszichés tünetek közül az ingerlékenység is magas arányban fordul elő mindkét nemnél, a középiskolás korosztály kb. negyedét-ötödét érinti.

1. táblázat: A legalább hetente többször kedvetlen, ideges és fáradt tanulók aránya (%)

Évfolyam	Kedvetlen (N = 7985)		Ideges (N = 7972)		Fáradt (N = 7972)	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
5. évfolyam	14,2	16,9	21,1	21,2	31,6	29,6
7. évfolyam	14,6	23,1	23,4	24,4	33,2	37,6
9. évfolyam	18,5	30,9	27,9	32,2	40,8	45,1
11. évfolyam	18,8	29,2	30,5	38,7	40,3	49,6

Nemzetközi összehasonlításban a magyar adatok minden korosztályban, mindkét nem esetében a HBSC átlag körül mozognak, a 39 országból korosztályonként a

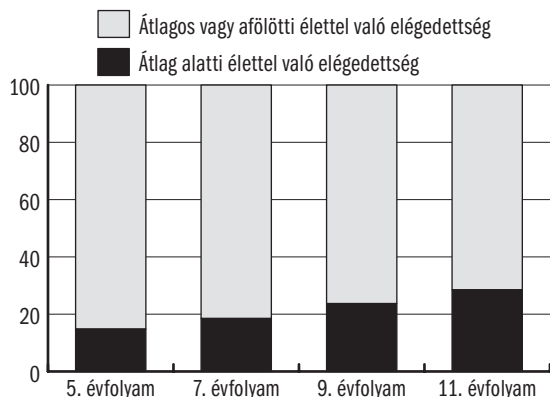
22., 23. és 15. helyet foglalják el. Az előző mutatóhoz hasonlóan az egészségügyi panaszok is fordítottan függenek össze a családi jómódúsággal, de csak a lányok esetében.

## Élettel való elégedettség

Az általános szubjektív jóllét mértékén, a 0–10 fokú Cantril-létrán a tanulók átlagosan 7,10 pontot értek el (szórás = 1,91). A fiúk és a lányok elégedettsége között nincs szignifikáns különbség (2. ábra).

Szemben az önértékeléssel és a depresszív hangulattal – melyeknél, mint alább ismertetjük, a legkedvezőtlenebb érték általában a kilencedikeseket jellemzi –, az idősebb tanulók körében az átlag alatti élettel való elégedetlenség gyakorisága rendre magasabb, és az életükkel elégedetlen lányok a hetedik évfolyam kivételével minden évfolyamban többen vannak, mint a fiúk. Az ötödikeseket jellemző kb. 15 százalékos értékhez képest a 11. évfolyamon az életüket kedvezőtlenül megítélő tanulók aránya már 30 százalék körül van.

2. ábra: Átlagos vagy a fölötti, illetve átlag alatti élettel való elégedettségről beszámoló tanulók aránya (% , N = 7967)



A nemzetközi eredményekhez viszonyítva a magyar adatok – az életükkel inkább elégedettek aránya – minden korosztályban átlagosnak tekinthető. A magasan elégedett tanulók között mintegy 20 százalékkal magasabb a jobb családi háttérrel rendelkező tanulók aránya (Currie et al 2012).

## Önértékelés

A 7–11. évfolyamba járó serdülők önértékelésének átlaga a Rosenberg-skálával mérve 28,86 pont (szórás = 4,82). A 2. táblázatból leolvasható, hogy a kilencedikesek körében valamivel magasabb – 20 százalék – az alacsony önértékelésű (25



pont alatt) tanulók aránya, mint a másik két évfolyamban (2. táblázat). Az alacsony önbecslésről beszámoló aránya azonban az összmintában is meghaladja a 19 százalékot.

**2. táblázat: Az alacsony önértékelésű tanulók aránya (% , N = 5995)**

	Évfolyam			
	7.	9.	11.	Együtt
Fiúk	14,2	15,5	13,8	14,5
Lányok	21,8	24,6	25,0	24,0
Együtt	17,8	19,9	19,4	19,1

Mindenesetre megállapíthatjuk, hogy a lányok önértékelése valamivel alacsonyabb, mint a fiúké, az évfolyamok tekintetében pedig a kilencedikesek pontszáma kisebb, mint a hetedik vagy tizenegyedik évfolyamon tanulóké. A rosszabb körülmények között élő családok gyermekei, mindkét nemben és minden évfolyamban szignifikánsan alacsonyabb önértékelésűek, mint jobb anyagi helyzetű társaik.

### *Depresszív hangulat*

A CDI skála átlaga az összmintában 2,13 pont (szórás = 2,41), fiúknál 1,94 pont (szórás = 2,42), lányoknál 2,33 pont (szórás = 2,38); a lányok átlaga szignifikánsan magasabb. A fiúknak kb. ötöde, a lányoknak mintegy negyede 4 vagy több pontot ért el a skálán, ami depresszív hangulatra utal (3. táblázat).

**3. táblázat: A Gyermekek Depresszió Kérdőív pontszámai alapján kialakított csoportokba tartozók aránya (% , N = 4944)**

	Fiúk	Lányok	Együtt
0-1 pont	58,3	48,5	53,4
2-3 pont	22,6	26,0	24,3
4-16 pont	19,0	25,6	22,3

A skálán külön tétel alkalmazásával mérjük az öngyilkossági gondolatok megjelenését. Az e tételhez tartozó állítások szerint sohasem gondol arra, hogy megölje magát a kérdést megválaszoló serdülők 70 százaléka; már gondolt erre, de nem tenné meg 26,4 százalékuk; a legszívesebben megölné magát 3,6 százalékuk.

A jó módban élő tanulók között a depresszív hangulatú tanulók aránya 9,6 százalék, míg a rossz anyagi helyzetű családokban mintegy kétszer több serdülő (18,7 százalék) tartozik ebbe a kategóriába.



## Az egészségi mutatók alakulása 2002–2010 között

A tanulók önminősített egészségét, lelki és fizikai tüneteiket, étellel való elégedettségét, önértékelését és depresszív hangulatát a 2002-es, 2006-os és 2010-es adatfelvétel során azonos módon mértük. Így megvizsgálhattuk, hogy a serdülők mentális egészségében mutatkozik-e időbeli változás.

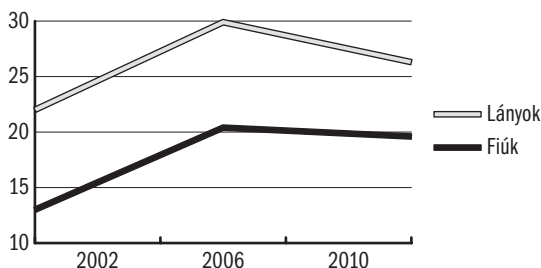
Összesen 19 504 tanuló (47,7 százalék fiú, 52,3 lány) válaszait elemeztük. 2002-ben 5958, 2006-ban 5450, 2010-ben 8096 tanuló kérdőívét dolgoztuk fel.

### Önminősített egészség

Mindhárom adatfelvételi évben megfigyelhető, hogy a lányok a fiúkhoz képest, az idősebb tanulók a fiatalabbakhoz képest kedvezőtlenebbnek tartják egészségi állapotukat.

2002 és 2006 között 18 százalékról 25,6-ra nőtt a megfelelő vagy rossz egészségi állapotról beszámoló aránya, majd szignifikánsan, de csekély mértékben csökkent 2010-re. Hasonló irányvonalat követnek a lányok válaszai, míg a fiúk esetében 2006 és 2010 között nincs hasonló szignifikáns javulás a saját egészségi állapot megítélésében (3. ábra).

3. ábra: Az egészségi állapotukat kedvezőtlennek tartók aránya fiúknál, lányoknál és az összmintában az adatfelvétel éve szerint (% , N = 19 288)



Ez a negatív, majd stagnáló időbeli trend jellemezte a középiskolai évfolyamokat is. Az általános iskolás (5. és 7. osztályos) tanulók 2010-ben szignifikánsan nagyobb arányban tartották jónak vagy kitűnőnek egészségüket, mint a 2006-ban kérdezett tanulók.

### Testi-lelki tünetek

A lányok konzisztens módon több tünetről számolnak be, mint a fiúk. A nemi különbség a 7. osztálytól minden évfolyamon szignifikáns. Magasabb évfolyamokon magasabb a tünetpontszám, bár a 9. és 11. osztályosok közötti különbség statisztikailag nem jelentős.

2002-höz képest 2006-ban és 2010-ben szignifikánsan magasabb a tanulók tünetpontszáma, a két utóbbi időpontban közel azonos. Hasonló időbeli trendet követnek a fiúk értékei, a lányok esetében viszont a 2006-os adatokhoz képest 2010-ben is szignifikáns növekedést tapasztaltunk.

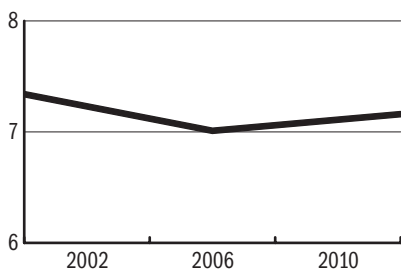
A hetente többször tapasztalt tünetek előfordulási sorrendje szinte változatlan a három adatfelvételi év során: fáradtság, idegesség, fejfájás, kedvetlenség (ez 2002 és 2006-ban megelőzte a fejfájást) és az ingerlékenység a tanulók által legnagyobb arányban említett panaszok. A fáradtságot tapasztalók aránya 5 százalékkal nőtt 2002 és 2010 között.

### *Élettel való elégedettség*

Minden adatfelvételi évben hasonló a fiúk és a lányok átlagos elégedettségi foka. A különböző évfolyamokon található ugyan szignifikáns nemek közötti különbség, de nagyon csekély mértékű. Az idősebb korcsoportban az élettel való elégedettség egyre alacsonyabb: a három időpontban megkérdezett ötödikesek átlagosan 1,33 ponttal kedvezőbben, vagyis több mint egy „létrafokkal” kedvezőbben ítélik meg életüket a 11. évfolyamon tanulókhöz képest.

A tanulók élettel való elégedettségének mértéke hasonlóan alakul 2002 és 2010 között, mint egészségük megítélése, bár a változás itt szinte elhanyagolható (4. ábra).

4. ábra: A tanulók élettel való elégedettségének átlagértéke az adatfelvétel éve szerint (N = 19 134)



Forrás: Zsiros et al (2012).

A fiúkat és a lányokat külön vizsgálva is hasonló tendencia figyelhető meg: 2002 és 2006 között alacsonyabb, majd 2010-ben magasabb a tanulók élettel való elégedettsége.

Az általános iskolások körében a három adatfelvételi időpontban csökken, majd stagnál az elégedettség átlagértéke. A középiskolások átlagos elégedettségi foka 2010-ben már megközelíti a 2002-ben mért legkedvezőbb értéket.

Az évfolyamok közötti különbségek az idő előrehaladtával mélyülnek: amíg 2002-ben csak a felső tagozatos évfolyamok és a középiskolás évfolyamon tanu-

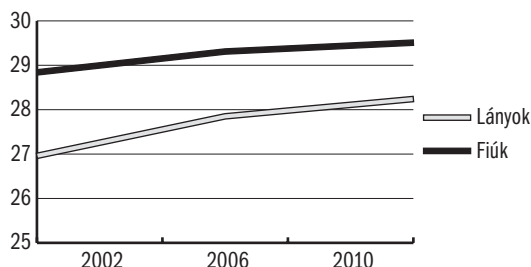
lók elégedettsége különbözött szignifikánsan, addig az ezt követő években már minden egyes évfolyamon tanulók elégedettsége között szignifikáns az eltérés.

## Önértékelés

A fiúk minden adatfelvételi évben, minden évfolyamon szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el, mint a lányok. Mindhárom időpontban a 9. osztályosok önértékelése volt a legalacsonyabb az egyes évfolyamok közül.

Évről évre magasabb a tanulók önértékelésének átlagpontszáma. A növekedés nemeként eltérően alakult: 2002 és 2006 között mindkét nem önértékelése szignifikánsan magasabb, 2006 és 2010 között csak a lányok önértékelése nőtt (5. ábra).

5. ábra: A tanulók önértékelési skálán elért átlagértékei fiúknál, lányoknál és az összmintában az adatfelvétel éve szerint (N = 13 797)



2002 és 2006 között minden évfolyamon szignifikánsan nőtt a tanulók önértékelése, 2006 és 2010 között viszont csak a 9. évfolyamosoké. A teljes mintán végzett elemzéseink szerint a fiúk több mint ötöde, a lányok harmada alacsony önértékelésű.

## Depresszív hangulat

A fiúk szignifikánsan kedvezőbb pontszámot értek el az összmintában, mint a lányok. A különbség minden évfolyamon megmarad a javukra. A legkedvezőbb eredmény a fiúknál a 11. évfolyamon, a lányoknál a 7. osztályosoknál tapasztalható. A többi évfolyamhoz képest a 9. osztályosok hangulata a legkedvezőtlenebb.

A 2002-ben és 2006-ban megkérdezett tanulókhoz képest 2010-ben szignifikánsan pozitívabbak az eredmények. A fiúk esetében 2002 és 2006 között kis mértékű, de szignifikáns növekedés, majd stagnálás figyelhető meg, a lányok eredményei ehhez képest 2006 és 2010 között valamelyes javulást mutattak. A három adatfelvétel egyesített mintájában a fiúk 18, a lányok 28 százaléka depresszív hangulatú – hangulati zavarokra veszélyeztetett – csoportba tartozik.

## Összefoglalás

Serdülőkorban az identitás formálódása, az optimális önértékelés „kimunkálása”, a kortárs csoportba való beilleszkedés sokszor stresszes, frusztráló helyzetekkel jár. A központi idegrendszer egészét érintő neurobiológiai változások hozzájárulnak a serdülők érzelmi sebezhetőségéhez és egészségveszélyeztető magatartásformák megjelenéséhez.

A HBSC vizsgálat legutóbbi, 2010-es felmérésében a 11–18 éves tanulók többsége kedvezően értékelte egészségi állapotát. A fiúk ötöde, a lányok több mint negyede ugyanakkor negatívan értékelte egészségét, ami nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlennek számít. A fiatalok által leggyakrabban említett lelki tünetek a fáradtság, idegesség, kedvetlenség és az ingerlékenység. A fiatalok túlnyomó része elégedett életkörülményeivel, hasonlóan az elmúlt két adatfelvételhez. Önértékelésük folyamatos, de nagyon csekély mértékű növekedést mutat 2002 és 2010 között. Az alacsony önbecsülésről beszámoló aránya 19 százalék. Ehhez hasonlóan, a megkérdezett 13–18 éveseknek ugyancsak az ötöde számolt be depresszív hangulatról.

Mentális egészségi mutatók tekintetében a lányok sokkal kedvezőtlenebb helyzetben vannak, mint a fiúk. Számos kutatás eredményei igazolják, hogy a serdülőkori változások erősebben befolyásolják a lányok szubjektív jóllétét és egészségi állapotát, mint a fiúkét; ebben a nemekre jellemző sajátos élménymintázat, hormonális különbségek és a pszichológiai megküzdés különbségei, valamint a nemi szerepviselkedésnek tulajdonítható kommunikációs mintázatok is szerepet játszhatnak (*Cavallo et al 2006*).

Az idősebb tanulók mind egészségüket, mind életüket negatívabban értékelik, mint a fiatalabbak. A középiskolások gyakrabban számolnak be szubjektív egészségügyi panaszokról, mint az általános iskolások. A 9. osztályosok hangulata és önértékelése negatívabb, mint a többi évfolyamon tanulóké. Ez a középiskolai átmenethez köthető érzelmi hullámvölgy azonban nem drámai (*Zsiros et al 2013*), és egyéni tulajdonságok függvényében változó mértékű lehet. A fiatalok saját életükkel való elégedettségét erősen befolyásolják korábbi tapasztalataik és kapcsolataik. Kulcsfontosságú védőfaktor például a szülőkhöz és a családhoz való kötődés érzete, a társas támogatást, gondoskodást nyújtó – legalább egy – felnőtt személy jelenléte, a jó családi kommunikáció, valamint a kortársak támogatása. Ezek a társas erőforrások segítséget nyújtanak az új helyzetekhez való alkalmazkodásban és a stresszel való megküzdésben (*Currie et al 2012*). Ezzel szemben a mentális egészségre nézve kockázati tényező a megváltozott családszerkezet – ha a gyermek nem mindkét természetes szülőjével él egy háztartásban –, a szülőkkel való kommunikáció elégtelensége, a szülők hideg, büntető vagy elhanyagoló viszonyulása a fiatalhoz, illetve az alacsony családi jómódúság.

Eredményeink alapján a tanulók önminősített egészsége, a tüneteik gyakorisága és az élettel való elégedettségük erős kapcsolatot mutat családjuk anyagi helyzeté-

vel. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni azt az összefüggést, hogy a magas önértékelés még a rosszabb anyagi helyzetben lévő tanulók esetében is védelmet ad a depresszív tünetekkel szemben (Werner és Smith 1992). A hátrányos helyzetű tanulók körében a depresszív tünetek megelőzésében ezért kitüntetett szerepe lehet az önértékelést erősítő prevenciós programoknak (Örkényi et al 2012). Az egészségnevelést és fejlesztést végző szakemberek számára ugyancsak fontos, hogy a szakmunkásképzőben és szakiskolában tanuló fiatalok fokozottabban ki vannak téve a kockázatos viselkedésformákból adódó veszélyeknek, mint a szakközépiskolások és a gimnazisták (Zsiros & Költő 2011). A hatékony prevenciós programok kidolgozásához figyelembe kell venni a felsorolt csoportok sajátos igényeit és körülményeit.

Az iskola az a társas tér, környezet („setting”), amelyben – a családi otthon mellett – a gyerekek és serdülők a legtöbb időt eltöltik. Ezért az itt dolgozó szakembereknek elsődleges szerepe van az iskoláskorú fiatalok egészséggel kapcsolatos nézeteinek és viselkedéseinek formálásában. A fent bemutatott kutatási adatok is bizonyítják, hogy a serdülőkor sérülékeny életszakasz; ugyanakkor az erre tudatos és érzelmi támogatást nyújtó pedagógus hatékony védelmet nyújthat a fiataloknak.

## KÖLTŐ ANDRÁS & ZSIROS EMESE

### IRODALOM

- CANTRIL, HADLEY (1965) *The pattern of human concern*. New Brunswick, Rutgers U. P.
- CAVALLO, ZAMBON, BORRACCINO, RAVENS-SIEBERER, TORSHEIM & LEMMA (2006) Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, No. 10. pp. 1577–1585.
- CHASSIN, L., PITTS, S. & PROST, J. (2002) Binge Drinking Trajectories From Adolescence to Emerging Adulthood in a High-Risk Sample: Predictors and Substance Abuse Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 1. pp. 67–68.
- CURRIE, MOLCHO, BOYCE, HOLSTEIN, TORSHEIM & RICHTER (2008) Researching health inequalities in adolescents. The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, No. 6. pp. 1429–1436.
- CURRIE, C., ZANOTTI, MORGAN, CURRIE, D., DE LOOZE, ROBERTS, SAMDAL, SMITH OTTOR F. & BARNEKOW (2012) *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6.)
- DIENER, ED (2000) Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, No. 1. pp. 31–43.
- DIENER, ED & LUCAS, RICHARDE. (1999) Personality and subjective well-being. In: D. Kahneman, E. Diener & N. Schwartz (eds) *Well-Being: the foundations of hedonic psychology*. New York, Russell Sage Foundation. pp. 213–229.
- ERIKSON, ERIK H. (2002) *Gyermekkor és társadalom*. Budapest, Osiris Kiadó.
- GÁDOROS JÚLIA (1996) Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban. *Házi- orvos Továbbképző Szemle*, No. 1. pp. 76–78.
- ISOMAA, VÄÄNÄNEN, FRÖJD, KALTIALA-HEINO & MARTTUNEN (2012) How Low Is Low? Low Self-Esteem as an Indicator of Internalizing Psychopathology in Adolescence. *Health Education and Behaviour*, No. 10. pp. 1–8. doi: 10.1177/1090198112445481.
- KOVACS, MARIA (1985) The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, No. 21. pp. 995–998.
- LEARY, MARK R. (1995) Commentary on self-esteem as an interpersonal monitor. The sociometer hypothesis. *Psychological Inquiry*, No. 3–4. pp. 270–274.
- ORTH, U., ROBINS, R. W. & ROBERTS, B. W. (2008) Low Self-Esteem Prospectively Predicts De-

- pression in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 3. pp. 695–708.
- ÖRKÉNYI, ZSIROS, KÖKÖNYEI, KÖLTŐ, KERTÉSZ & NÉMETH (2012) A családi jómódúság, mint a depresszív hangulat és az önértékelés közötti kapcsolat moderátora serdülőkorúaknál. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVII. Vándorgyűlésén, Debrecen, 2012. január 25–28.
- ROSENBERG, MORRIS (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, Princeton U. P.
- RÓZSA, VETRÓ, V. KOMLÓSI, GÁDOROS, KÖ & CSORBA (1999) A gyermek- és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, No. 4. pp. 459–482.
- STURMAN, DAVID A. & MOGADDAM, BITA (2011) The neurobiology of adolescence: Changes in brain architecture, functional dynamics, and behavioral tendencies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 35. pp. 1704–1712.
- TREMBLAY, M. S., INMAN, J. W. & WILMS, J. D. (2000) Self-esteem, and academic achievement in 12-year-old children. *Pediatric Exercise Science*, No. 12. pp. 312–323.
- WERNER, E. & SMITH, R. (1992) *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York, Cornell University Press.
- ZULLIG, VALOIS, HUEBNER, E. SCOTT, OELTMANN & DRANE (2001) Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, No. 4. pp. 279–288.
- ZSIROS EMESE & KÖLTŐ ANDRÁS (2011) Összefoglalás és javaslatok. In: NÉMETH Á. & KÖLTŐ A. (eds) (2011) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Országos Gyermekegészségügyi Intézet. pp. 125–130.
- ZSIROS, ÖRKÉNYI, KÖLTŐ, KERTÉSZ, KÖKÖNYEI & NÉMETH (2012) Serdülőkorú fiatalok mentális egészségének alakulása Magyarországon 2002–2010 között. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVII. Vándorgyűlésén, Debrecen, 2012. január 25–28.
- ZSIROS, KÖLTŐ, KÖKÖNYEI, ARNOLD, HUHN & NÉMETH (2013) Érzelmi hullámvölgy és iskolai átmenet: Serdülőkorú fiatalok önértékelése és depresszív hangulata. Poszter a Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlésén, Győr, 2013. január 24.

